

健康診断書

氏名			健診年月日	年 月 日	性別	男・女
			生年月日	年 月 日	年齢	歳
既往症	あり・なし		血 圧 (mmHg)		/	
自覚症状			貧血検査	血色素量 (g/dL)		
他覚症状				赤血球数 (万/mm)		
身長			肝機能検査	AST (IU/L)		
体重				ALT (IU/L)		
腹 囲				γ-GTP (IU/L)		
視力	右	()	血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dL)		
	左	()		HDLコレステロール (mg/dL)		
聴力	右 1000Hz	所見あり・所見なし		LDLコレステロール (mg/dL)		
	右 4000Hz	所見あり・所見なし	血糖検査 (mg/dL)			
	左 1000Hz	所見あり・所見なし	尿検査	糖		
	左 4000Hz	所見あり・所見なし		蛋白		
胸部X線検査 検査結果 (所見)	直接・間接 撮影 年 月 日 異常あり () 異常なし		心電図検査		異常あり () 異常なし	
医師の指示 及び注意事項						
備 考						

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名